Ueber das Auftreten

der

constitutionellen Syphilis

im Darmkanale.

Inaugural-Abhandlung

der

medicinischen Facultät zu Erlangen

vorgelegt

von

Dr. Ernst Müller.

Erlangen, 1858.

Druck der A. E. Junge'schen Universitätsbuchdruckerei.

Anfangs Januar 1858 kam auf der medicinischen Klinik in Erlangen ein Fall zur Beobachtung, welcher nicht blos durch seinen klinischen Verlauf, sondern vorzugsweise durch das Resultat des Sektionsbefundes ein besonderes Interesse erregte. Das Interesse betraf nicht blos den Prozess im Allgemeinen — die constitutionelle Syphilis im Innern des Körpers —, sondern in ebenso hohem Grade die Localität, wo sekundäre syphilitische Localisationen stattgefunden hatten, und zwar in einem Organe, in welchem bisher von Niemanden ein ähnlicher Vorgang mitgetheilt wurde, nämlich in der Mitte des Darmkanals. Dass dieser Fall die Aufmerksamkeit Aller, welche der Sektion beiwohnten, auf sich ziehen musste, ist wohl auf den ersten Blick klar. Mit gewohnter Güte hat mein hochverehrter Lehrer Herr Professor Dr. von Dittrich mir die Veröffentlichung des nachstehenden Krankheitsfalles überlassen, und mich dadurch in den Stand gesetzt, nicht nur die Krankengeschichte und den Sektionsbefund mitzutheilen, sondern auch die Beweise für den constitutionellen syphilitischen Charakter des Darmleidens, so weit als die Möglichkeit es gestattet, hinzuzufügen. Zum innigsten Danke

bin ich daher meinem Lehrer verpflichtet, dass er, der die Kenntniss der constitutionellen Syphilis durch seine Veröffentlichungen über den syphilitischen Erkrankungsvorgang der Leber schon so bedeutend bereichert hat, mich zum Organ der Publicirung dieser seiner neuen Entdeckung auf diesem Felde gemacht hat.

K., Dorothea, 33jährige ledige Zuspringerin, kam Ende November 1857 in die Poliklinik wegen einer seit 8 Wochen bestehenden Heiserkeit zur Behandlung. Dieselbe soll plötzlich entstanden sein, als sie beim Waschen sich erhitzte und zufälliger Weise sich mit kaltem Wasser übergoss. Damals soll sie auch bei stärkeren körperlichen Bewegungen, beim Herumgehen stechende Schmerzen in der rechten Seite gefühlt haben. Die Untersuchung des Rachens ergab nur einen geringen Katarrh, die der Brust ein negatives Resultat. Sie erhielt ein Alaun-Gurgelwasser. Nach einigen Tagen Besserung, erschien sie am 1. Dezember wieder im Klinikum, nachdem sie sich vorher neuen Witterungs-Schädlichkeiten ausgesetzt hatte. Da die heisere Stimme in gleichem Grade fortdauerte, geringer Rachenkatarrh sich noch zeigte, so hielt man auch diesmal die Affektion des Larynx für eine katarrhalische, mit leichtem Bronchialkatarrhe verbunden und ordnete nebst innerlichen antikatarrhalischen Mitteln die Anlegung zweier Blasenpflaster äusserlich am Kehlkopfe an, welche Therapie bald von solchem Erfolge sich zeigte, dass die Kranke am 10. Tage nach der Aufnahme wieder entlassen werden konnte, da die Heiserkeit mit dem Husten fast ganz nachgelassen hatte, und die Kranke wegen ihres ausgelassenen Benehmens den übrigen Kranken zur Last fiel. Während ihres diesmali-

gen Hierseins dachte man schon daran, ob nicht einmal früher Syphilis vorhergegangen, und die gegenwärtige Heiserkeit damit in Verbindung sei. Eine Nachforschung ergab auch wirklich, dass sie vor mehreren Jahren mit einem ulcus syphiliticum vaginae primarium auf hiesiger chirurgischer Klinik behandelt worden. Da aber sonst keine besondere Spur von Erkrankung im Rachen, Drüsen u. s. w. jetzt nachzuweisen waren, und die Heiserkeit allmählig wieder geringer wurde, so entliess man sie mit der Diagnose: Katarrhus laryngis et bronchialis als ziemlich geheilt. Am 3. Januar 1858 meldete sie sich wieder krank. Sie sah bei ihrem Eintritte in das Spital auffallend schlecht aus, gab an, seit 14 Tagen allgemein krank und matt zu sein, zeitweilig heftigen Frost und Hitze, so wie die anderen Fiebersymptome gehabt zu haben, ferner sei sie seit 2 Tagen mit starker Diarrhöe behaftet. Die physikalische Untersuchung ergab am 4. Januar, nebst dem Vorhandensein einer allgemeinen fieberhaften Erkrankung, eine auffallende Leere des Perkussionsschalles an der Basis des linken Thoraxraumes, besonders am hinteren Umfang. Die Auskultation zeigt schwache Consonanz des Athmens, das Herz nicht verschoben, der obere Lappen der linken Lunge noch lufthaltig und bei der Auskultation ein scharfes Athmungsgeräusch zeigend. Wenig Husten, keine Sputa bisher. Abends der Puls beschleunigter und der Radialpuls viel weicher als früh. Temperatur erhöht, Kopfschmerzen und mässige stechende Schmerzen in der linken untern Thoraxhälfte. Nach localer mässiger Blutentleerung das gewöhnliche Regimen bei entzündlicher Bluterkrankung und Ipecacuanha.

Am 5. Januar in der Nacht leichte Delirien, Collapsus grösser, keine Diarrhöe, wenig Husten, kein Auswurf, Puls sehr beschleunigt und klein, die Perkussion zeigte auch in der linken Seitengegend einen leeren Schall, und

die Auskultation in dem ganzen seitlichen und hinteren Umfange des linken Thorax deutliche Consonanz des Athmens mit Wahrnehmung einer stärkeren Consonanz der Stimme ohne auffallend nachweisbare Rasselgeräusche. Ein stärkeres Infusum Ipecacuanhae mit Aether konnte der weiteren Verschlimmerung nicht Einhalt thun und da gegen Abend sich unter zunehmender Dyspnöe Rasselgeräusche einstellten, so waren auch innerlich dargereichte Reizmittel nicht im Stande, dem am andern Morgen, den 6. Januar, erfolgten Tode Einhalt zu thun.

Die Sektion erfolgte am 7. Januar Nachmittags 2 Uhr.

Körper klein, Muskulatur noch gut entwickelt, fest und braunroth. Im Unterhautzellgewebe noch eine beträchtliche Menge gelben Fettes. Bindegewebe trocken. Allgemeine Decken schmutzig grau, hinten mit dunklen, vorn mit hellen Todtenflecken besetzt. Gesicht leicht aufgedunsen, Pupillen weit, Lippen etwas angeschwollen, dunkelroth, blau. Hals kurz, Thorax in seinen Durchmessern gleichmässig entwickelt. Unterleib mässig ausgedehnt.

Schädeldach compact, schwer, nirgends mit der Dura fest verwachsen. Die Venen der Pia mit Blut erfüllt, die kleineren Gefässe der Pia nur hie und da mehr Blut enthaltend als gewöhnlich. Hirnsubstanz fest und derb, Corticalis etwas dunkler gefärbt. Auch die Venen der Plexus choroidei von Blut ausgedehnt. In den Sinus der Basis, sowie im oberen Längssinus reichliche feste Fibrinstränge. Eine ähnliche faserstoffige Gerinnung in den Jugularvenen.

Schilddrüse nur mässig gross. Die Schleimhaut des Pharynx dunkel geröthet, der Kehldeckel klein, seine Spitze etwas mehr eingerollt. Die zur Giesskanne gehenden Bänder verdickt, dunkelroth, mit reichem Epithel belegt. Die untere Fläche des Kehl-

deckels ist bis zur Insertion am Larynx mit dichten sehnig-fibrösen Narben besetzt und dadurch die ganze Fläche etwas verkürzt. Zwischen den Narben sind einzelne, theils unregelmässige, theils runde Aushöhlungen von glatter Fläche, jedoch ohne Schleimhaut. Im Kehlkopfe selbst erscheinen die unteren Stimmritzenbänder noch gut erhalten, nicht auffallend verdickte Schleimhaut zeigend; die Morgagnischen Taschen noch ziemlich geräumig, dagegen beide oberen Stimmritzenbänder bis zu den Giesskannen hinauf geschrumpft, und gleichfalls mit Verlust der Schleimhaut in fibröse Narben umgewandelt; dadurch sind die Giesskannenknorpel nur wenig beweglich. Unter der verdickten und undurchsichtigen Wand der Schleimhaut des Larynx ist der Musculus transversus noch nachweisbar. Die Höhle des Larynx nur anscheinend verändert, bequem für den kleinen Finger durchgängig. Schleimhaut der Trachea und Theilungsstelle der Bronchien nur mässig injicirt, mit zähem Schleime bedeckt.

Die Eröffnung der Brusthöhle ergibt die Lungen mässig ausgedehnt. Die linke Pleura sowohl an ihrer Costalseite als auf der Pulmonal- und Mediastinalfläche mit liniendicken Schichten einer hie und da netzartig angeordneten locker mit der unterliegenden Pleura verbundenen graulichen, theils durchfeuchteten, theils ziemlich festen faserstoffigen Gerinnung belegt. Im Pleurasacke selbst über 10 ℥ eines trüben, von zahlreichen weichen Flocken mit Faserstoff gemischten Fluidums. Dieses war vorzugsweise oberhalb des Zwerchfells und des untersten Theils des untersten Lappens angehäuft. Der untere Lappen der linken Lunge durchaus luftleer. Sein Volumen nicht grösser, eher schien es nach abwärts etwas verkleinert. Der Durchschnitt des Lappens von oben bis abwärts zeigt keine Spur von Luft. Die Farbe theils dunkelbraun, roth, theils grauroth; zum Anfühlen ziemlich fest, mit zahlreichen dicht ge-

drängten Granulationen übersät, und bei mässigem Drucke brüchig; an der Bruchstelle verhältnissmässig wenig flüssiges Contentum. Aus den kleinen Bronchien lassen sich dünne, graue, aus geronnenem Faserstoffe bestehende, röhrchenförmige Gerinnungen herausziehen. Die grösseren Bronchien dieses Lappens eng, die Schleimhaut mässig geschwollen und nur wenig dicken, zähen, durchsichtigen Schleim enthaltend. Der obere Lappen nicht auffallend ausgedehnt, nicht auffallend blutreich, am Durchschnitte mehr trocken, ohne Serumerguss. —

Die rechte Lunge nur mässig ausgedehnt, fast im ganzen Umfange theils locker, theils fest mit der Costalwand und Zwerchfell- und Mediastinalplatte verwachsen. Die unterliegende Pleura auffallend verdickt, besonders am Zwerchfell ein dichtes, festes Fasergewebe zeigend. — Eigenthümlich sind sowohl an der Mediastinalplatte der Pleura, sowie auf der verdickten Zwerchfellpleura strangförmig verlaufende, mehrere Zoll lange, umschriebene, fremdartige Massen aufgelagert, welche hie und da kleine länglich-runde Geschwülste bildend neben dem Verlaufe des Nerv. phrenicus fast das Ansehen eines Neuroms darbieten. Der Querdurchschnitt zeigt den Nerven intact, nur durch festes Bindegewebe mit der obigen Masse verbunden. In den Verwachsungen, welche die Zwerchfellpleura bedecken, sind diese fremden Massen wie rosenkranzförmig verlaufend, bis Gansfederdick, und beim Durchschnitt lässt sich mit einer feinen Sonde ein ganz kleines Lumen eines leeren Gefässes nachweisen, welches sich bei näherer Untersuchung wohl als Lymphgefäss herausstellt. Diese fremdartige Masse ist grösstentheils von schmutziggrauer Farbe, jedoch untermischt mit unregelmässigen, graulich-gelblichen, weniger festen, selbst hie und da bröcklichen Stellen. Die microscopische Untersuchung gibt an diesen eigenthümlichen

Geschwülsten theils Bindegewebsfasern, jedoch nicht in grossen Lagen, sondern in unregelmässigen Räumen und wie eingelagert theils fettige, theils andere gegen Aether widerstehende Moleküle, ferner zahlreiche unregelmässige Kern- und Zellgebilde, nebst eigenthümlichen formlosen, ohngefähr die Grösse einer Zelle erreichenden, durchscheinenden, hie und da gefalteten schollenähnlichen Gebilden. Aehnliche isolirte, unregelmässig gestaltete, eckige bis linsengrosse Ablagerungen finden sich zerstreut in den Verwachsungen der Zwerchfellpleura. Die rechte Lunge selbst ist gleichfalls nirgends bei mässigem Luftgehalt von einer auffallenden Feuchtigkeit durchsetzt, blos zeigen sich beim Durchschnitt einzelne bis linsengrosse Stellen dunkelroth und wie von ausgetretenem flüssigen Blute, besonders im mittleren Lappen durchtränkt. — Eine fast klein haselnussgrosse Stelle im mittleren Lappen in der Tiefe zeigt sich luftleer und wie der linke untere Lungenlappen beschaffen. Auch die mässig gerötheten und engen Bronchien dieser Lunge enthalten nur wenig schleimige Flüssigkeit. — Die Spitzen beider Lungen frei, ohne Adhäsion und nicht die geringste Spur einer älteren oder frischeren tuberkulösen Ablagerung nachweisbar. —

Im Herzbeutel nur wenig klares Serum. Herz zusammengezogen. Höhlen eng. Muskulatur des linken Ventrikels dadurch verhältnissmässig dick, dunkelbraun, roth, fest. In sämmtlichen Höhlen kein flüssiges Blut, sondern Stränge von geronnenen, theils lockeren, theils dichten, sich in die Vorhöfe und grossen Gefässstämme hineinziehenden und mit Klappenabdrücken versehenen, nirgends irgendwie mit dem Endocardium deutlicher verbundenen und daher leicht abnehmbaren Faserstoffmassen. Die Aorta eng und zart.

Die Leber verhältnissmässig gross, besonders im rechten Lappen, während der linke Lappen besonders im Verhältnisse

zum rechten, schon äusserlich wie zusammengeschrumpft erscheint, mit tiefem bis auf die Glissonsche Kapsel eindringenden und allda ein Convolut von Narben bildenden Fasergewebe durchsetzt. Die porta daselbst durchgängig. Auch in dem rechten etwas grösseren Lappen sind bei mässigen neuzellgewebigen Verbindungen mit dem Zwerchfell an der Oberfläche zahlreiche weisse Verdickungen und Trübungen des Peritoneums, nur stellenweise auf 1 bis $1^1/_2{}'''$ angehäuft und seichte oberflächliche Narben bildend. — An der unteren Fläche der Leber nahe und rechts von der Gallenblase entspringen aus dem nur mässig getrübten Peritoneum zwei parallel laufende 4—5''' lange, $1^1/_2{}'''$ breite, längliche, kolbenähnliche Bindegewebswucherungen, ganz nahe beisammenliegend, fast polypösen Wucherungen der Schleimhaut entsprechend, von einander streng gesondert. Die eine ist anscheinend aus blossem lockeren Zellgewebe gebildet, die andere ist dichter, mit glatter Oberfläche, mehr massig anzufühlen, und am Durchschnitt ein gleichmässiges der Länge nach verlaufendes Bindegewebe zeigend.

In der ausgedehnten Gallenblase hellgelbe Galle. —

Milz etwas vergrössert, eine weiche Pulpa zeigend.

Nieren gross und blutreich.

Harnblase zusammengezogen, leer.

Uterus verhältnissmässig gross, fest und derb. Die Schleimhaut des Grundes leicht injicirt, ohne Schwellung. Im Cervix ein gallertiger Schleim. Beide Muttermundslippen etwas gewulstet, ohne Narben. An der hinteren Wand der Vagina eine vom Introitus an beginnende, $1^1/_4{}''$ weit hinaufragende, mit ästigen Ausläufern versehene, weissliche, aus dichtem fibrösen Gewebe bestehende Narbe mit glänzender Oberfläche. Unmittelbar vor dem Introitus vaginae gegen den Mastdarm zu ist eine anschliessende zweite, doch mehr rund-

liche und weniger weisse, mit glatter Oberfläche versehene Narbe. Im rechten Ovarium eine bohnengrosse, aus verändertem coagulirten Blut bestehende Masse in einem Follikel eingeschlossen. Allda das Ostium fimbrinatum durch partielle zellgewebige Verwachsungen mit der Nachbarschaft verschlossen. —

Magen zusammengezogen, leer.

Im Dickdarm viel gelblichbraune Faeces, ohne besondere Gasbildung. Der an den Blinddarm angrenzende Theil des Ileum bis hoch hinauf gegen das Jejunum nur mässig ausgedehnt und dickbreiigen Chymus enthaltend. In der Nähe des Uebergangs in das Jejunum findet sich schon von aussen sichtbar an dem Darm eine Stelle, an welcher das Lumen blos für den kleinen Finger durchgängig ist. Die Parthie des Darms oberhalb dieser Verengerung erscheint erweitert, mit dickerer Muskelhaut versehen, ohne Veränderung der Schleimhaut. Die verengerte nicht über 1¼" lange Stelle zeigt im ganzen Ringumfange des Darmes schon aussen das Peritoneum massenhaft fasrig verdickt, durch eine hie und da in Form von dicken Zotten aus Zellgewebe bestehende Auf- und Einlagerung in das subperitoneale Zellgewebe durchsetzt, während in der nächsten Umgebung das Peritoneum keine Veränderung zeigt. Beim Aufschneiden dieser verengerten Stelle sieht man eine den ganzen Ringumfang einnehmende, unregelmässig zackig auslaufende, den Durchmesser über 1" einnehmende, feste, sehnige Narbe mit totalem Substanzverluste der Schleimhaut und glatter Innenfläche der Basis der Narbe. Dieses Narbengewebe innen und aussen am Peritoneum ist hie und da in unmittelbarer Verbindung, so dass von einer Muskelhaut im ganzen Umfange des Darmlumens keine Spur vorhanden ist, nur am Gekrösende ist die Muskelhaut in Form von wie zusammengeschobenen Bündeln nachweisbar. Ohn-

gefähr $1^1/_2$ Schuh unterhalb dieser Stelle, also in dem obersten Theile des Ileums ist eine zweite ganz gleiche narbige Stelle im ganzen Querumfang des Darms für den Mittelfinger noch durchgängig. Der anliegende obere Theil des Darmes ist verhältnissmässig wenig ausgedehnt, doch ist die Muskelhaut dicker als an anderen Stellen. Die Ränder dieser beiden narbigen Substanzverluste des Innendarmes sind glatt, wie glänzend und gehen allmählig in die normale umgebende Schleimhaut über. Zwischen diesen beiden Narben des Darms findet sich eine quer verlaufende nur die Hälfte des Ringumfanges einnehmende, mehrere Linien breite und scharf spitzig auslaufende, mit glatten nicht angeschwollenen Rändern versehene ähnliche Narbe. Bei näherer Betrachtung ist oberhalb dieser zweiten Verengerung das Jejunum und das Duodenum auffallend stärker entwickelt und anscheinend die Muskelmasse verhältnissmässig dicker. —

Die Sektion ergab daher in Kurzem folgendes Resultat:

Tod an parenchymatöser Entzündung mit Ablagerung von geronnenen Produkten in dem ganzen linken untern Lungenlappen und zum Theil im rechten mittlern Lappen, mit ähnlicher entzündlicher Theilnahme der linken Pleura. Reicher Faserstoffbefund im Herzen und grossen Gefässen, nur geringe Menge von Blutcoagulis. —

Vorhergegangene und geheilte syphilitische Prozesse in der Vagina, im Kehlkopfe, in der Leber und der rechten Pleura. — Zwei grosse und eine kleinere geheilte Kreisnarben im Dünndarm mit mässiger Stenose des Darmes. —

Epikritische Bemerkungen.

Die ebengenannte Pleuropneumonia crouposa der linken Lunge ist wohl im Verein mit der jedenfalls auffallenden Faserstoffvermehrung des Blutes in den Gefässen und Herzen die nächste Ursache des Todes gewesen. Auffallend erschien, gegenüber anderen Pneumonien die gleichmässig durch den ganzen unteren Lappen greifende Infiltration durch ihr verhältnissmässig grösseres Geronnensein; ferner dadurch, dass in der nächsten Nachbarschaft sowie auch in der andern Lunge das Lungenparenchym auffallend trocken und nicht so wie sonst gewöhnlich von seröser Flüssigkeit durchtränkt war. Selbst die hintersten Theile der Lungen waren nur wenig durchfeuchtet, auch nicht auffallend blutreich, nur einzelne kleine linsengrosse Blutextravasate fanden sich im mittleren Lappen zerstreut. Die Entstehung der Pneumonie kann wohl, da zu gleicher Zeit mehrere Fälle von Pneumonie in der Poliklinik beobachtet wurden, mit allgemeinen Einflüssen der atmosphärischen Luft in Zusammenhang gebracht werden, eine besondere Gelegenheitsursache liess sich nicht nachweisen. Ob der schon früher im Körper vorhandene, wenn auch geheilte syphilitische Prozess von Einfluss auf die Entstehung der Pneumonie, oder mit derselben in irgend einer Beziehung sei, lässt sich durch Nichts annehmen. —

Als der constitutionellen Syphilis angehörende Symptome sind in unserem Falle folgende aufzufassen:

1) Die ausgebreitete, wohl nur der syphilitischen Ulceration zukommende Vernarbung an der hinteren Wand der Vagina nahe dem Introitus vaginae.

2) Die eigenthümlichen strahligen Vernarbungen der innern Fläche des Kehldeckels und der oberen Hälfte der Kehlkopfshöhle, an den obern Stimmritzenbändern und den Giesskannen. Der Anblick dieser Narben ergab schon, dass weder katarrhalische noch tuberkulöse Geschwüre mit Bildung solcher Narben einhergehen. Die Vernarbung schien im Verhältnisse zu den geringen Symptomen während des Lebens ausgebreitet und nur das Freisein der untern Stimmritzenbänder mag die Möglichkeit der Stimme noch erklären.

3) Die tiefgreifende Narbe im linken Leberlappen und die zahlreichen oberflächlichen Narbén an dem übrigen Leberparenchym. —

4) Die eigenthümlichen Veränderungen in der rechten Pleura sind verhältnissmässig sehr selten und können zu dem syphilitischen Vorgang wohl nur in Zusammenhang gebracht werden in dem Zeitraum, wo die Leber selbst besonders in dem linken Lappen afficirt war, wo das Peritoneum in grossem Umfange erkrankt und wahrscheinlich die nahe Pleura in Mitleidenschaft gezogen wurde. Dass die eigenthümlich, schmutzig gelben, fahlen, ziemlich reichlichen Massen, umgeben, zum Theil umschlossen, von dichtem bindegewebsähnlichen Narbengewebe zu den grossen Seltenheiten gehören mögen, geht aus der Aussage des Prof. v. Dittrich hervor, welcher dieselben an der Pleura in dieser Form und in dieser Anordnung früher noch nicht beobachtet hat. In welchem ganz merkwürdigen Verhältnisse sie zu dem Nervus phrenicus dexter standen, den sie eine ziemliche Strecke weit herabbegleiteten, förmlich umschlossen und mit dessen äusserem Bindegewebe sie hie und da selbst verschmolzen waren, lässt sich nicht nach-

weisen. Ebenso ist die mehr als liniendicke Verdickung an der Zwerchfellpleura in ihrem Zusammenhange mit einem erweiterten Lymphgefässe etwas Räthselhaftes. Dass diese narbigen Stränge in Verbindung mit dem eigenthümlichen specifisch syphilitischen Prozess gebracht werden können, beweisen schon die begleitenden in der Rückbildung begriffenen graulichen, bröcklichen, von eingedicktem Eiter und Tuberkeleiter dem freien Auge nach ganz fremdartige Massen, wie sie sonst innerhalb der fibrösen Narben der Leber bei Syphilis nicht selten gefunden werden.

5) Endlich waren vor Allem an der Leiche die zwei grossen Narben am Dünndarme auffallend. Von Aussen schon als narbige, wenn auch nicht bedeutende und noch ausgleichbare, doch schon Spuren eines mechanischen Hindernisses hinterlassende Strikturen sichtbar, boten sie folgende Eigenthümlichkeiten dar. Sie standen so einzeln, ohne bedeutende Verwachsung mit der Nachbarschaft und dem übrigen Darm, beide 1 Schuh weit von einander entfernt; ohne Peritoneum, ohne Muskelhaut, ohne Schleimhaut, sondern durch und durch von einem harten, dichten, innen glattig streifigen Narbengewebe repräsentirt. Der Darm war auf diese Weise an zwei Stellen wie unterbrochen durch zwei $1^1/_4''$ breite narbige Schwielen. Ein solcher Prozess mit dieser Eigenthümlichkeit in der Mitte des Dünndarms ist wohl nirgends noch mitgetheilt. Jeder der öfters Darmgeschwüre beobachtet hat, wird zunächst und mit Recht an eine Verwechslung mit Geschwürsnarben in Folge des tuberkulösen Geschwürvorganges denken, da es ja bekannt ist, dass der tuberkulöse Prozess, wie diess mit einzelnen tuberkulösen Eiterheerden in den Lungen der Fall ist, auch im Darmkanal in einem solchen Heilungsstadium vorkommen kann. Auch Rokitansky hat schon darauf aufmerksam gemacht, dass man bisweilen Ge-

legenheit habe, selbst unter einer grossen Anzahl von Geschwüren des Darms eines oder das andere einen Heilungsprozess eingehen zu sehen; und er beschreibt den Heilungsvorgang natürlich ganz vortrefflich. Es sei erlaubt, seine Beschreibung wiederzugeben:

„Nachdem als unerlässliche Bedingniss hiezu jede secundäre Tuberkelinfiltration in den Rand oder die Basis des gegebenen Geschwürs aufgehört hat, so schrumpft die schwielige Basis desselben allmählig von den Seiten her zu einem speckig-fibrösen Strange zusammen, und in Folge dessen rücken die Schleimhautränder des (gürtelförmigen) Geschwürs an einander. Ziemlich oft schreitet dieser Hergang so weit vor, dass die gezähnten krausen Ränder einander beinahe berühren; und zwischen ihnen erblickt man, wie in der Tiefe einer lockeren Naht, einen weisslichen schwieligen Strang. Bisweilen gelingt es, dass die Ränder sich fast ihrer ganzen Länge nach an diesen schwieligen Streifen an und über demselben zusammenlöthen, und nur an einer Stelle, meist dem einen oder dem andern Ende des Geschwürs, bleibt eine spaltähnliche Fistelöffnung auf lange zurück. In höchst seltenen Fällen gedeiht endlich der Prozess zur völligen Consolidation.

Jedesmal ergibt sich hiebei zufolge der Schrumpfung der Geschwürsbasis in obengenannter Weise eine narbige Einziehung der Darmwand unter der Form von Knickung derselben, die sich auf der Innenfläche des Darms als ein leistenähnlicher resistenter Wulst von mehr oder minder beträchtlicher Höhe darstellt. War das Geschwür gross, oder umfasste es selbst als vollkommenes Gürtelgeschwür den ganzen Kreisumfang des Darms, so bleibt unter ähnlicher Form auf der Innenfläche des Darms ein verengernder schwieliger Ringwulst zurück, und von aussen angesehen bietet das Ganze

zufolge der Duplicatur der Darmwand bisweilen das Ansehen einer fixirten Invagination dar.

In solcher Weise heilt und vernarbt das tuberkulöse Darmgeschwür immer mit Verengerung des Darmlumens."

So viel Aehnlichkeit ein solches geheiltes tuberkulöses Geschwür mit den unsrigen im Darme vorgekommenen hat, so wäre doch ein Verwechseln derselben gewiss ein grosses Unrecht; und zwar aus folgenden Gründen:

a) Durch das eigenthümliche Ansehen der Geschwürsnarben, die grosse Fläche derselben, die auffallende Glätte und die Dichtigkeit derselben ist das syphilitische Geschwür charakterisirt. Nirgends ist eine Art von Unterminirung zu erkennen, auch die Ränder bieten eine glatte nicht gezähnte Form dar. Tuberkulöse chronische Geschwüre, von der Grösse der in unserem Falle beobachteten, bieten bei ihrer Heilung nie eine so reine, gleichmässig glatte Geschwürsnarbenfläche dar, und es ist eben dieses anatomische Charakteristicum an unsern Geschwürsnarben die vorherrschende Eigenschaft. Die Art und Weise der Entstehung des tuberkulösen chronischen heilenden Geschwürs kann mit einer so ebenen, glatten, überall gleichmässig dicken Narbenbasis nicht in Einklang gebracht werden, denn es liegt in dem tuberkulösen Geschwüre besonders das Charakteristische der partiell wiederholten Infiltration und der wiederholten Schmelzung und dadurch der Bildung von partiellen Vertiefungen und Leisten, kurz einer unregelmässigen Oberfläche. In der Umgebung der Narben in unserem Darme, Innen und Aussen, war auch keine Spur eines früher dagewesenen, zurückgegangenen Tuberkelprozesses nachweisbar. Jemehr der Arzt, glaubt Prof. v. Dittrich mit Sicherheit aussprechen zu können, tuberkulöse Geschwüre in der verschiedensten Heilung beobachtet und studirt hat, desto gewisser würde er auch bei

dem Anblick unserer zwei Geschwürsnarben den Gedanken an einen tuberkulösen Prozess ausschliessen.

b) Gegen den tuberkulösen Charakter spricht ferner der eigenthümliche Sitz unsrer zwei Narben. Vollkommen frei ist die Gegend des Ileums, besonders in der Nähe der Bauhins-Klappe, und frei bis zum Anfang des Uebergangs des Ileums in das Jejunum. Wenn die Länge beider, des Ileums und Jejunums, zusammen in normalem Zustande gegen 17 bis 19 Schuh beträgt, so war nach Abzählung der Darmfalten gerade fast die Mitte der Sitz unserer zwei Narben. Weder im Dickdarm, noch sonst wo, z. B. in den Lungen, den Drüsen fanden sich Residuen oder frische tuberkulöse Prozesse. Sollte gerade der tuberkulöse Prozess bei unsrem Individuum in der Mitte des Dünndarms die Erstlingsprodukte gesetzt haben, gerade in solcher localer Intensität, mit Bildung von gürtelförmigen, ausgebreiteten grossen Substanz-Verlusten? Die vollkommene Heilung der tuberkulösen Geschwüre würde gewiss mit viel grösseren schwieligen Strängen und leistigen Wülsten einhergehend, eine grössere Striktur dargeboten haben, während trotz der Grösse unserer Narben die Verengerung nur eine verhältnissmässige, wenn auch mit schon vorhandnen Folgen der Erweiterung der oberhalb gelegenen Parthien einhergegangen ist. Es ist also dem Gesagten nach auch die Eigenthümlichkeit des Sitzes dieser zwei Narben mehr als genügend in dem gegebenen Falle gegen den tuberkulösen Charakter sprechend. —

Die Frage, ob nicht andere ätiologische Momente einhergegangen, und eine derlei locale Entzündung und Vernarbung des Darms bedingt haben, wird bald zu entscheiden sein. Traumatische Einwirkungen z. B. von Aussen machen wohl gewiss nicht so vollkommen einander ähnelnde zwei Narbenflächen; fremde Körper im Darmkanal — von Aussen

durch den Mund eingeführte Dinge (scharfrandige, kantige, spitzige Körper, Knochen oder Knochenbruchstücke, Steinfragmente, Glasscherben, Nadeln etc.) oder innerhalb des Organismus z. B. der Gallenwege gebildete Concretionen — diese werden, wie die Erfahrung lehrt, meist durch Vereiterung der Darm- und Bauchwand aus dem Körper geschafft oder sie durchbohren nach einem anderen Darmstücke oder nach einem anderen benachbarten hohlen Organe hin, und können durch die Harn- oder Geschlechtsorgane ausgeführt werden, oder sie machen eine Unwegsamkeit des Darms und führen Ileus herbei.

Im Darmschlauche und Magen kommen hie und da, wenn auch als sehr seltene Erscheinungen, Bilder von Enteritis submucosa, meist metastatischen Charakters in Form bestimmter Heerde vor; von ihnen ist eine Heilung in dieser Weise nicht bekannt, auch nicht wahrscheinlich, dass sie so endigen sollen. Ob andere lokale Entzündungen am Darm mit dem narbigen Ausgange vorkommen können, lässt sich wohl nicht annehmen, und wollte man in der Aufstellung von Möglichkeiten weiter gehen, so kämen wir nach Anschauung der Alten auch noch darauf, ob nicht Helminthen solche partielle Entzündungsprozesse erzeugen könnten.

Das Ulcus rotundum des Magens ist mit seiner schönen reinen Basis bisher nur im Magen und Duodenum gesehen worden. Unsere Geschwüre haben auch nicht die geringste Aehnlichkeit mit ihm. —

So wäre denn mit dem Gesagten fast mit Gewissheit, jedenfalls mit der allergrössten Wahrscheinlichkeit unser Narbenprozess im Darme mit der consecutiven Syphilis in innigen Zusammenhang gebracht, und so wie man jetzt überall von constitutioneller Syphilis in der Leber überzeugt ist, eine Thatsache, welche erst vor zehn Jahren von Prof. v. Dittrich nachgewiesen wurde, ebenso liegt die Annahme der Möglich-

keit vom Vorkommen der Syphilis im Darmkanale in dem Resultate unsres Sektionsbefundes.

Fragen wir die Literatur, ob solche Fälle bekannt sind, so tritt eine verneinende Antwort entgegen, auch wenn man alle Schriften über constitutionelle Syphilis einer Durchsuchung unterwirft. Zwar erwähnt Jourdan in seinem Traité des maladies vénériennes, dass bei Syphilitischen Fiebererscheinungen ohne augenfällige Ursachen beinahe immer das Resultat einer Entzündung irgend eines Organes des Verdauungsapparates, besonders des Magens und des Darmes seien; er gibt jedoch für diesen Ausspruch weder Krankengeschichten noch Sektionsberichte als Belege, ebensowenig wie Simon, der in Virchow's Handbuch der speciellen Pathologie sagt: „Nicht unwahrscheinlich kommen auch secundäre Geschwüre auf der Schleimhaut der Lungen, der Speiseröhre, des Magens und der Gedärme vor, doch dürfte das nur der Fall sein bei sehr eingewurzelter und verjährter Lustseuche."

Ausserdem stimmen alle Autoren darin überein, dass die syphilitischen Affektionen des Nahrungsschlauches sich auf den Anfangs- und Endtheil desselben, die Rachengebilde und das Rectum beschränken.

Nur ein Aufsatz findet sich speciell über syphilitische Enteritis, und zwar in der l'Union médicale 1854 Nr. 137 von ziemlicher Weitläufigkeit, jedoch ohne den geringsten Werth und Bedeutung für die syphilitische Erkrankung überhaupt. Er hat Dr. Cullerier zum Verfasser. Nachdem er ebenfalls erwähnt, dass er in der ganzen Literatur keinen Fall von ausgesprochener Darmsyphilis gefunden, theilt er folgende Beobachtung mit: Eine Schwangere litt an Gummi-Geschwülsten an verschiedenen Körperstellen, Rachengeschwüren und Periostitis der Tibia. Während diese Affektionen unter Jodkalibehandlung zurückgingen, stellte sich eine be-

deutende Diarrhöe ein, welche allen üblichen Mitteln trotzte, und im Verlauf eines Vierteljahres die Kranke so herabbrachte, dass sie einige Tage nach erfolgter Entbindung an Anämie und Hydrämie starb. Bei der Autopsie fand man hydropische Flüssigkeit in allen serösen Höhlen, aber nichts Besonderes in den Lungen, dem Herzen, der Leber, ausser dass alle diese Organe äusserst anämisch waren. Der Magen erschien gesund, ebenso der Dünndarm; auf der ganzen Ausdehnung des Dickdarms sah man eine grosse Anzahl von Geschwüren, sämmtlich rund und von verschiedenem Aussehen; die einen, die frischeren, sassen auf harter breiter Basis, die anderen, an Zahl überwiegend, hatten vertieften graugelblichen lividen Grund; einige von ihnen drangen nicht tiefer als in die Schleimhaut und liessen die Muscularis unverletzt, die andern waren tiefer und betrafen auch diese, so dass bei mehreren die Muskelfasern zerrissen waren und in der Mitte des Geschwürs flottirten. Alle zeigten Unterminirung der Schleimhaut am Rand der Geschwüre, wo das Zellgewebe verdickt war, welches gleichsam einen runden Wulst mit centraler Oeffnung bildete. Cullerier meint selbst, dass weder die während des Lebens beobachteten abdominellen Symptome, noch eine von den bei der Autopsie constatirten Veränderungen die Gewissheit geben, dass die Affektion des Dickdarms wirklich syphilitischer Natur sei, und er schliesst dies nur aus dem Umstande, dass dieselbe gleichzeitig mit anderweitigen sekundären Erscheinungen aufgetreten. Noch mehr glaubt er diese seine Ansicht dadurch begründen zu können, dass er drei weitere Beobachtungen anführt, bei welchen ebenfalls neben anderweitigen sekundären Erscheinungen colliquative Diarrhöen bestanden, welche weder auf Adstringentia noch auf Narcotica nachliessen, wohl aber bei Jodkaligebrauch (innerlich oder in Klystierform) verschwanden,

so dass zwei der Kranken geheilt entlassen werden konnten, der dritte zur Zeit der Veröffentlichung seines Aufsatzes schon bedeutend gebessert war. — Wenn nun bei diesen letzten drei Fällen schon gar nicht constatirt ist, ob diese Diarrhöen auch nur durch Ulcerationen im Darmkanal bedingt waren, so ist dies in dem ersten zur Obduktion gekommenen Falle nicht zu läugnen; die Beschreibung der Geschwüre jedoch, die wir wörtlich wiedergegeben haben, spricht durchaus nicht für Syphilis, sondern für chronische, katarrhalische, follikuläre Verschwärungen, wie sie so häufig bei Kachexien höheren Grades vorkommen, mag diese durch welche Ursache immer bedingt sein. Dass durch Syphilis hochgradige Kachexien entstehen, ist nur zu bekannt, und indem Cullerier's Fall, wie er selbst angiebt, ebenfalls ein bereits bedeutend herabgekommenes Individuum betraf, werden wir gewiss im Rechte sein, wenn wir ihn nicht für Darmsyphilis, sondern für einfache chronische Dickdarmverschwärung erklären.
